

Data do Incidente: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Responsável pela Notificação? \_\_\_\_\_

Setor da Incidência: \_\_\_\_\_

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Nº de Atendimento: \_\_\_\_\_

**RELAÇÃO DE INCIDENTES / EVENTOS ADVERSOS (Marque com um X o evento que ocorreu)**

( <input type="checkbox"/> ) Broncoaspiração	( <input type="checkbox"/> ) Falha com Exames	( <input type="checkbox"/> ) Perda de Dreno
( <input type="checkbox"/> ) Comunicação	( <input type="checkbox"/> ) Falha durante Assistência	( <input type="checkbox"/> ) Perda de Prontuário
( <input type="checkbox"/> ) Erro de Dispensação de Medicamento	( <input type="checkbox"/> ) Falha Durante Procedimento Cirúrgico	( <input type="checkbox"/> ) Perda de SNG
( <input type="checkbox"/> ) Erro de Prescrição Médica	( <input type="checkbox"/> ) Farmacovigilância (medicação/saneantes)	( <input type="checkbox"/> ) Queimadura
( <input type="checkbox"/> ) Evasão de Paciente	( <input type="checkbox"/> ) Flebite	( <input type="checkbox"/> ) Reinternação na UTI <24h
( <input type="checkbox"/> ) Extravasamento de solução	( <input type="checkbox"/> ) Identificação do Paciente	( <input type="checkbox"/> ) Tecnovigilância (Material)
( <input type="checkbox"/> ) Extubação Acidental	( <input type="checkbox"/> ) Lesão por contenção física	( <input type="checkbox"/> ) Tromboembolismo Venoso (TEV)
( <input type="checkbox"/> ) Falha Administrativa / Documento	( <input type="checkbox"/> ) Perda de SNE	( <input type="checkbox"/> ) Adminsitração de Medicamento errado
( <input type="checkbox"/> ) Falha com Dietas	( <input type="checkbox"/> ) Perda de CVC	

Outro. Qual?

Paciente apresentou reação adversa: (  ) Sim (  ) Não

Qual:

**RELAÇÃO DE INCIDENTES / EVENTOS ADVERSOS (Marque com um X o evento que ocorreu)**

( <input type="checkbox"/> ) Abertura involuntária da ferida operatória	( <input type="checkbox"/> ) Falta de checagem de procedimento	( <input type="checkbox"/> ) Não administrado dieta
( <input type="checkbox"/> ) Administração de dieta trocada	( <input type="checkbox"/> ) Falta de preenchimento de documento	( <input type="checkbox"/> ) Não preenchido corretamente
( <input type="checkbox"/> ) Administração de medicação trocada	( <input type="checkbox"/> ) Falta de pulseira de identificação	( <input type="checkbox"/> ) Não realização de exame
( <input type="checkbox"/> ) Alta ou liberação de incapaz	( <input type="checkbox"/> ) Queimadura provocada por procedimento	( <input type="checkbox"/> ) Não realizado quando solicitado
( <input type="checkbox"/> ) Dano por uso inadequado de equipamento	( <input type="checkbox"/> ) Internamento errado / trocado	( <input type="checkbox"/> ) Hemorragia após a cirurgia
( <input type="checkbox"/> ) Erro de procedimento	( <input type="checkbox"/> ) Medicação em dose inadequada	( <input type="checkbox"/> ) Resultado errado
( <input type="checkbox"/> ) Falta de checagem de medicamento	( <input type="checkbox"/> ) Não administração de medicação prescrita	( <input type="checkbox"/> ) Troca de Paciente

**DESCRIÇÃO DO INCIDENTE**

Evidência (  ) Sim (  ) Não

**AÇÃO IMEDIATA (Realizadas no momento do incidente)**

Carimbo e Assinatura